ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE - SKŁODOWSKA
LUBLIN — POLONIA
VOL. VII, 10. SECTIO D 1952

Z II Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr Feliks Skubiszewski

Mieczysław ZAKRYŚ

Uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia uchyłków dwunastnicy

К вопросу по распознавании и лечении дивертикулов двенадцатиперстной кишки

Observations on Diagnosis and Treatment of Diverticula of the Duodenum

Pierwszą wzmiankę o uchyłkach dwunastnicy znajdujemy w pracach Chomela (1710). Następnie Morgagni (1761) i Fleischman (1815) opisali przypadki sekcyjne uchyłka dwunastnicy. W r. 1914 rozpoznał Forsell przypadek uchyłka dwunastnicy radiologiczne. Rozpoznanie to potwierdził Key w czasie operacji i dokonał wycięcia uchyłka.

Mianem „uchyłek dwunastnicy" określamy wypuklenie ściany dwunastnicy na zewnątrz połączone z jej światłem wąskim kanałem (Orłowski). Rozmiary uchyłków bywają różne, zależnie od umiejscowienia i rodzaju; zwykle są one wielkości wiśni, orzecha włoskiego, rzadziej bywają większe, jak w naszym przypadku, w którym uchyłek był wielkości jaja kurzego.

Uchyłki dwunastnicy dzielimy na 2 grupy, zależnie od pochodzenia, a mianowicie na pierwotne i wtórne. Uchyłki pierwotne lub rzekome (Nowicki) są jedynie wypukleniem błony śluzowej, powstającym w miejscach wrodzonych braków anatomicznych w warstwie mięśniowej. Dlatego niektórzy autorzy (Chamberlain, 1949) określają ten rodzaj uchyłków jako fałszywe lub wrodzone, ażeby odróżnić je od uchyłków prawdziwych.

Uchyłki wtórne są następstwem przebytego wrzodu trawiennego dwunastnicy, czyli są nabyte. Niektórzy autorzy tę właśnie grupę uchyłków określają jako uchyłki prawdziwe, na tej podstawie, że mają one wszystkie warstwy ściany jelita. Blizna powstała na podłożu wrzodu stawia większy opór dostającej się do dwunastnicy zawartości żołądkowej niż inne części ściany dwunastnicy. W następstwie długotrwałego mechanicznego działania treści pokarmowej dochodzi w dwunastnicy do powstawania uchyłka; czynnikiem etiologicznym jest tu śróddwunastnicze ciśnienie, działające na powstałe w czasie rozwoju lub drogą nabytą wskutek owrzodzenia słabsze miejsce dwunastnicy. Uchyłki dwunastnicy stanowią 31,4% wszystkich uchyłków przewodu pokarmowego.

Jeśli chodzi o umiejscowienie uchyłków, to najczęściej usadawiają się one w części zstępującej (75%), rzadziej w części poziomej (15%) i części wstępującej (9%). Natomiast w opuszce dwunastnicy występują bardzo rzadko; tutaj spotyka się uchyłki wtórne, w pozostałych natomiast odcinkach mamy do czynienia raczej z uchyłkami pierwotnymi.

Uchyłki występują zwykle pojedynczo, chociaż opisywane są również uchyłki mnogie. I tak Ackermann (1943) chcąc przekonać się o częstości występowania uchyłków przebadał radiologicznie 50 chorych i znalazł w 11 przypadkach uchyłki, z czego 3 były podwójne. Friedlaender (1937) natomiast na 13 opisanych przypadków podaje 7 pojedynczych i 6 uchyłków mnogich.

Jeśli chodzi o umiejscowienie, to Spriggs i Marxer (1925) podają, że na 1000 zbadanych radiologicznie chorych znaleźli 51 przypadków uchyłków, z czego przypada na pierwszą część dwunastnicy 1 przypadek, na drugą część 30, na trzecią część 16 i na czwartą 4 przypadki.

Uchyłki pierwotne powstają najczęściej na przyśrodkowej ścianie dwunastnicy. Spotykamy jednak przypadki, w których uchyłki występują na przedniej ścianie dwunastnicy, powiększają się ku przodowi, są zwykle ruchome i osiągają większe rozmiary.

Co się tyczy etiologii, to Berezow (1950), Barenbaum (1950) i Spriggs (1925) na podkreślenie i poparcie tezy o wrodzonym pochodzeniu typu pierwotnego uchyłków przytaczają fakt, że występują one w tej części dwunastnicy, która podparta jest przez głowę trzustki i dlatego ten odcinek dwunastnicy winien być mniej narażony

na wypuklenie się ściany pod wpływem zwiększonego ciśnienia śróddwunastniczego. Według innych autorów przemieszczenia wrodzonych odprysków trzustki do ściany dwunastnicy mają wpływać na powstawanie uchyłków pierwotnych.

Za nabytym pochodzeniem uchyłków przemawia fakt, że występują one u ludzi starszych i to jeszcze, że powiększają się z wiekiem chorego. Chamberlain (1949) opisuje chorego, 50-letniego, u którego radiologicznie stwierdził uchyłek wielkości pestki wiśni, a w 8 lat później uchyłek osiągnął średnicę 4 cm. Należy podnieść, że ściana dwunastnicy od strony wklęsłej posiada liczną sieć naczyń krwionośnych, które wnikając do dwunastnicy mogą w jej ścianie stwarzać słabsze miejsca. Wankel (1951) opisuje 45-letniego chorego, u którego dokonał częściowego wycięcia żołądka z powodu zwężenia odźwiernika. W 10 miesięcy później zmuszony był powtórnie operować tego samego chorego. W przypadku tym radiologicznie stwierdzono duży uchyłek w dalszej części dwunastnicy, który powstał po pierwszej operacji. Po wycięciu uchyłka bóle ustąpiły.

Objawy

Na ogół uchyłki dwunastnicy mogą nie powodować dolegliwości, pomimo że ich występowanie określa się w piśmiennictwie od 2—4% ludności. Najczęściej uchyłki wykrywa się przypadkowo podczas badania radiologicznego. w niektórych jednak przypadkach objawy są wyraźne i znamienne, zależne od wielkości uchyłka, jego średnicy i długości szyi, oraz od miejsca, w którym się uchyłek znajduje. Dolegliwości powoduje zwykle zaleganie w uchyłku pokarmów trudnostrawnych, jak w naszym przypadku, w którym znaleziono w uchyłku dwa grzyby marynowane, spożyte przed 3 miesiącami (Ryc. Nr 1). Dalej ciało obce w uchyłku wywołuje stan zapalny (diverticulitis) lub owrzodzenie, prowadzące do przebicia uchyłka. Takie powikłania powodują groźne objawy zapalenia otrzewnej. Objawy w zapaleniu uchyłka nie są znamienne; zwykle występuje uczucie gniecenia oraz nieznaczne bóle w nadbrzuszu, najczęściej po jedzeniu. Objawy te są następstwem zalegania i rozkładu treści pokarmowej w uchyłku. Zapalenie uchyłka nie daje widocznych większych objawów, gdyż jak utrzymuje Friedlaender, flora bakteryjna dwunastnicy nie jest

w stanie spowodować większego procesu zapalnego jak w innych odcinkach przewodu pokarmowego.

Wreszcie w uchyłku może powstać wrzód trawienny lub nowotwór. Tego rodzaju przypadki opisują Morrison i Feldmann (1926), Ströde (1945) i inni. W przypadku Strödego powstał w uchyłku gruczolakorak. W przypadkach uchyłków nabytych chorzy doznają zazwyczaj dolegliwości ze strony żołądka i jelit, które zależą od choroby zasadniczej, jak np. uczucie pełności i wzdęcia, nudności, wymioty. Wymioty mogą być z domieszką krwi. Niekiedy może wystąpić żółtaczka, gdy uchyłek znajduje się w okolicy brodawki Vatera. Treść pokarmowa zalegająca w uchyłku może wywoływać na drodze odruchowej wydzielanie soku żołądkowego w tym czasie, kiedy ani żołądek ani dwunastnica nie zawierają już treści pokarmowej. Na tej drodze uchyłek dwunastnicy może stać się przyczyną trwałego sokotoku żołądkowego (Orłowski, 1949).

Widzimy więc, że uchyłki dwunastnicy mogą dawać objawy różne, zwłaszcza w przypadkach uchyłków mnogich lub w przypadkach jednoczesnego istnienia uchyłków dwunastnicy i jelita czczego. Dlatego rozpoznać uchyłki można jedynie badaniem radiologicznym. Stwierdzamy wówczas obok dwunastnicy okrągły lub podłużny cień, połączony z nią wąskim kanałem. Cień utrzymuje się długo po opróżnieniu żołądka i dwunastnicy, gdyż papka kontrastowa zalega nawet niekiedy kilka dni w uchyłku.

Leczenie

Leczenie wewnętrzne polega na stosowaniu diety lekko strawnej oraz środków odkażających przewód pokarmowy, aby zapobiec stanom zapalnym w samym uchyłku. Wskazane jest okresowe kontrolne badanie radiologiczne w celu stwierdzenia, czy i w jakim stopniu istnieje zaleganie treści pokarmowej w uchyłku. Takie leczenie daje zazwyczaj poprawę. Friedlaender (1937) opisuje 13 przypadków leczonych zachowawczo z wynikiem pomyślnym.

W przypadkach, w których leczenie zachowawcze nie przynosi poprawy, oraz w przypadkach, gdzie dolegliwości są dokuczliwe, wchodzi w rachubę leczenie chirurgiczne i polega ono na wycięciu uchyłka. Pierwsze wycięcie uchyłka wykonał Key (1914). Celem ułatwienia dojścia do uchyłka niektórzy chirurdzy zalecają otwarcie dwunastnicy,

wprowadzenie palca do uchyłka od strony światła dwunastnicy, a następnie podwiązanie i odcięcie uchyłka. Sposób ten jednak wymaga bardzo starannego i szczelnego zamknięcia dwunastnicy. Inni znów, jak Kirschner, Nordmann (1927), Girgoław (1946), w wypadkach usadowienia się uchyłków w drugiej części dwunastnicy, na jej tylnej ścianie, mobilizują dwunastnicę i dochodzą do uchyłka od tyłu, od strony głowy trzustki. Wyjątkowy przypadek podaje Chauvenet (1939): do uchyłka uchodziły przewód trzustkowy i żółciowy wspólny w brodawce Vatera. Uchyłek wycięto, a oba przewody trzeba było wszyć do dwunastnicy. Chory ten zmarł w 3 tygodnie po operacji z powodu przetoki żółciowej i trzustkowej. Guthrie i Brown (1938) próbowali usunąć dolegliwości spowodowane uchyłkiem w dwunastnicy przez założenie zespolenia żołądkowo-jelitowego; nie uzyskali jednak poprawy i trzeba było w 6 miesięcy potem usunąć zespolenie i wyciąć uchyłek i dopiero uzyskano trwałą poprawę. Wankel (1951) opisuje 2 przypadki uchyłków mnogich dwunastnicy z jednoczesną obecnością uchyłków jelita czczego; w jednym przypadku znaleziono w jelicie czczym 40 uchyłków, a w drugim przypadku było ich 11. Wankel radzi w przypadkach mnogich uchyłków dwunastnicy wycięcie zwoju trzewnego.

Przypadki własne

Pprzypadek I: Chory Józef M. lat 55, inwalida, z zawodu palacz w kotłowni szpitalnej. Przebyte choroby: w r. 1914 przechodził krupowe zapalenie tchawicy z tracheotomią, nosi dotąd rurkę dotchawiczą. Przechodził szkarlatynę, odrę, ospę i dur brzuszny. W 1919 r. amputacja kończyny dolnej lewej w połowie podudzia z powodu gruźlicy stawu skokowego. Dolegliwości żołądkowe ma od 1916 r. Miały one niejednakowy charakter, początkowo jako gniecenie i tępe bóle w dołku podsercowym, najczęściej niezależnie od jedzenia. Potem przybrały postać ataków, powtarzających się i trwających od kilkunastu minut do godziny i to zwłaszcza po jedzeniu. Ulgę przynosiły gorące okłady lub zmiana pozycji, np. ułożenie na prawym boku. Stale odczuwał niesmak, często odbijanie, brak apetytu, stolce zaparte. Przez długi ten okres leczył się ambulatoryjnie i kilka razy leżał w szpitalu, stwierdzano katar żołądka i nadkwasotę. Poprawa bywała przemijająca i chory stale pracował.

Od kilku miesięcy stan pogorszył się o tyle, że bóle powtarzały się coraz częściej i były niezależne od jedzenia. Podaje, że bóle zwiększyły się od dnia 6.I.51 r., po zjedzeniu grzybów marynowanych. Dostał wówczas gwałtownych bólów. Po zastrzyku morfiny bóle ustąpiły, lecz często się powtarzały i to w formie ataków, tak, że stale był zmuszony przyjmować różne środki przeciwbólowe i nawet zastrzyki pantoponu. Dnia 9.II.51 r. został przyjęty na II Klinikę Chorób Wewnętrznych, gdzie przebywał miesiąc.

Badania dodatkowe: badania morfologiczne krwi: Hgb 93%, czer. ciałek krwi 4.930.000. Wskaźnik 0,94. Białych ciałek krwi 6400 — w tym pałeczek 4, segment. 42, leukoc. eozyn. 8, limf. 40 i monocytów 6. Zmian i postaci patologicznych białych i czerwonych ciałek krwi nie znaleziono. Badanie moczu: bez zmian. Badanie kału na krew utajoną było ujemne. Prześwietlenie płuc: rozedma płuc, miejscowy zrost przeponowo-opłucnowy na obwodzie kąta przeponowo-żebrowego lewego. Prześwietlenie przełyku, żołądka i dwunastnicy: Przełyk bez zmian. Żołądek hypotoniczny: na czczo widoczna w nim mała ilość treści płynnej przy braku wyraźnych zmian ze strony fałdów śluzówki żołądka. Obrysy żołądka gładkie. Odźwiernik uchodzi ekscentrycznie do opuszki w jej górnej części. Opuszka dwunastnicza znacznie rozszerzona, zwłaszcza od strony bocznej, po całkowitym jej wypełnieniu ma wielkość dużego jaja kurzego. Obrysy jej gładkie. Na tylnej ścianie dwunastnicy w części kranialnej widoczne wpuklające się do światła opuszki cykliczne wyrośla wielkości dużej śliwki, nieuszypułowane, o szerokiej podstawie. Obecność opisanych wyrośli umiejscowionych tuż poniżej górnego kolanka dwunastnicy powoduje prawie zupełne zniesienie drożności tej części opuszki dwunastniczej. Kontrast wąskim przesmykiem udaje się mechanicznie przecisnąć do dalszej części dwunastnicy. Czas wydalania żołądka wybitnie przedłużony. Treść kontrastowa w obrębie opuszki dwunastniczej wyraźnie zalega. Obraz Rtg przemawia za nowotworem łagodnym opuszki dwunastniczej, ze znacznym jej rozszerzeniem, lub odpowiadać może zmianom polipowatym dwunastnicy.

Badanie radiologiczne powtarzano i radiolodzy podawali podobne wyniki, przy czym stwierdzono, że treść kontrastowa w części rozszerzonej dwunastnicy od strony bocznej zalegała przez długi czas.

Badanie treści żołądkowej (próba alkoholowa):

	I	II	III
HCl	10	40	60
OK	20	60	70

W osadzie: nabłonki, dość liczne erytrocyty od 0—5 w polu widzenia, leukocyty od 0—8 w polu widzenia.

W Klinice Wewnętrznej chory otrzymywał leczenie wzmacniające ze względu na znaczne osłabienie i wychudzenie i dnia 12.III. przeniesiony został na II Klinikę Chirurgiczną.

Chory budowy prawidłowej, odżywienia lichego. Śluzówki blade, skóra wiotka. Temperatura 37,1°C. Tętno miarowe 72/min. Ciśnienie krwi 130/80. Chory ma założoną rurkę tracheotomijną, oraz amputowane lewe podudzie.

Płuca: ruchomość prawidłowa, wypuk jawny nad całą powierzchnią płuc, osłuchowo w górnych płatach oddech zaostrzony. W dolnych płatach rzężenia drobnobańkowe i świsty.

Brzuch: powłoki wiotkie, przy obmacywaniu nie stwierdza się żadnego oporu. Wątroba, śledziona niemacalne.

Badaniem laryngologicznym stwierdza się całkowite porażenie obu strun głosowych. Struny głosowe ustawione są pośrodkowo, stykają się ze sobą na całej długości.

Przygotowanie do zabiegu: transfuzja krwi, w sumie 900 ml, dieta odżywcza, płukania żołądka.

Dnia 28.III.51 (Nr ks. operac. 381) w znieczuleniu miejscowym nowokainą wykonano zabieg operacyjny. Cięcie w linii środkowej powyżej pępka. Po otwarciu otrzewnej stwierdzono: żołądek powiększony, opadnięty, o ścianie wyraźnie zgrubiałej. Odźwiernik bez zmian. Wątroba i woreczek żółciowy bez zmian. Dwunastnica: w pierwszej jej części, na ścianie tylnej, od strony przyśrodkowej stwierdza się duże uwypuklenie, uchyłek, wielkości jaja kurzego, idący w kierunku trzustki, o krótkiej, szerokiej szyi. W uchyłku znaleziono 2 grzyby marynowane dobrze zachowane w kształcie, nie strawione, co też powodowało niedrożność dwunastnicy (Ryc. 1). Ze względu na rozszerzenie żołądka i nadkwaśność, jak również ze względu na duży uchyłek o szerokiej i płaskiej szyi, dokonano częściowego wycięcia żołądka i początkowej części dwunastnicy z uchyłkiem. Chory zniósł zabieg dobrze. Przebieg pooperacyjny bez powikłań; 8 dnia zdjęto szwy, rana całkowicie zagojona. Chory wypisany został do domu w stanie dobrym.

Do pracy wrócił w 6 tygodni po zabiegu, pracuje dalej jako palacz w Szpitalu, nie odczuwa żadnych dolegliwości (jest w stałej obserwacji).



Ryc. 1. Przyp. I. Grzyby z uchyłka w dwunastnicy.

W tym przypadku uchyłek prawdopodobnie powstał przed kilkunastu laty, dawał objawy jak przy wrzodzie dwunastnicy. Dostanie się do uchyłka spożytych grzybów marynowanych zaostrzyło sprawę zapalną w uchyłku, wywołało ostre objawy zwężenia odźwiernika, przez co operacja stała się konieczną. Grzyby wypełniły uchyłek i w czasie operacji miało się złudzenie, że ma się do czynienia z guzem, z polipem dwunastnicy. Dopiero otwarcie dwunastnicy wyjaśniło całkowicie sprawę chorobową. Stąd też istniały trudności rozpoznawcze w badaniu radiologicznym.

Badanie mikroskopowe ujawniło, że były zachowane wszystkie warstwy dwunastnicy. Mieliśmy więc do czynienia z uchyłkiem, który powiększał się przez długi okres czasu i osiągnął wielkość małego jaja kurzego.

Przypadek II. Chory M. J. lat 55, z zawodu cukiernik. W Klinice przebywał od 22.III.52 do 16.IV.52 r. (Nr ks. operac. 413). Wywiady: w r. 1937 i 1938 operowany z powodu przepukliny pachwinowej po

obu stronach. Pije okolicznościowo, pali umiarkowanie. Obecna choroba trwa od 2 lat: w 3 godz. po spożyciu pokarmów niesmak w ustach, odbijania, oraz nieokreślone bóle w okolicy nadbrzusza, zwłaszcza po spożyciu cięższej strawnych pokarmów. W lipcu 1950 r. leczył się parę tygodni w II Klinice Chorób Wewnętrznych A. M. w Lublinie, potem skierowany został do sanatorium w Krynicy. Nastąpiła poprawa, jednak po paru miesiącach dolegliwości żołądkowe wystąpiły ponownie. Wobec nasilających się objawów chorego skierowano do Kliniki Chirurgicznej.

Chory budowy prawidłowej, odżywienia lichego. Płuca i serce bez zmian. Język wilgotny, obłożony. Tętno miarowe dobrze napięte, 80/min. Ciśnienie krwi 140/80. Brzuch prawidłowo wysklepiony, miękki, przy obmacywaniu nie stwierdza się żadnych punktów bolesnych. W podbrzuszu dwie blizny po przebytej operacji obustronnej przepukliny pachwinowej.

Badania dodatkowe: obraz krwi bez odchyleń od normy (Hgb. 80%, czerw. c. 3.870.000, białych c. 5000). Mocz bez zmian.

Prześwietlenie płuc: zmian ogniskowych w płucach nie stwierdza się. Struktura wnęk normalna. Przepona gładka, dobrze ruchoma. Wymiary i konfiguracja serca prawidłowe.

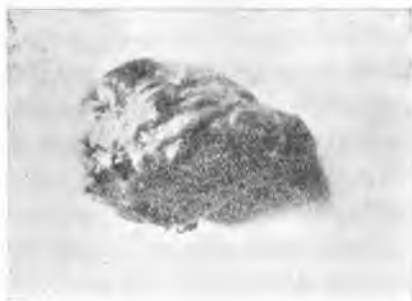
Prześwietlenie żołądka: żołądek ortotoniczny, ułożony prawidłowo. Na czczo w żołądku widoczna mała ilość treści płynnej. Fałdy błony śluzowej żołądka normalnej grubości o regularnym przebiegu. Obrysy żołądka gładkie. Wydalanie treści kontrastowej z żołądka prawidłowe. Perystaltyka normalna. Opuszka dwunastnicza gładka o ostrych obrysach, przy ucisku niebolesna. W górnej ścianie części wstępującej dwunastnicy stwierdza się uchyłek uszypułowany wielkości dużego orzecha włoskiego. Szypuła uchyłka krótka. Treść kontrastowa tworzy w uchyłku poziome zwierciadło. Rozpoznanie: uchyłek dwunastnicy (Ryc. 2).

Dnia 27.III. 52 w narkozie dotchawiczej eterowo-tlenowej wykonano zabieg operacyjny. Cięcie poprzeczne w nadbrzuszu z przecięciem mięśnia prostego pr. Po otwarciu otrzewnej stwierdzono: żołądek, dwunastnica, najbliższe pętle jelit cienkich przy pierwszym wejrzeniu mają wygląd prawidłowy. Po przecięciu otrzewnej ściennej i wypreparowaniu IV-go odcinka dwunastnicy, mniej więcej w połowie jego długości znaleziono uchyłek wielkości dużego orzecha włoskiego o wąskiej szypule, wychodzący z górnej ściany, w kierunku pod głowę trzustki. Wypreparowanie jego nastręczało dość duże trudności, bo-

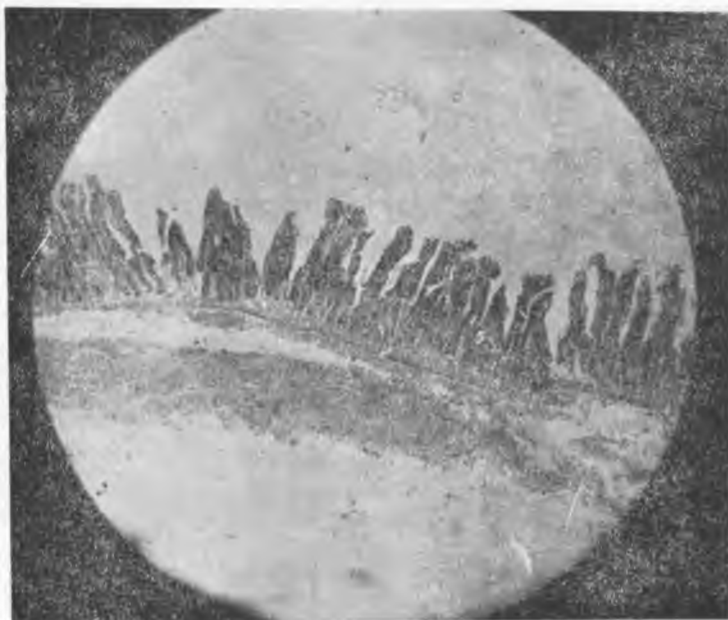


Ryc. 2. Przyp. II. Zdjęcie rtg. żołądka i dwunastnicy.
W części wstępującej widoczny uchyłek.

wiem trzeba było wyodrębnić uchyłek z otrzewnej. Po wypreparowaniu uchyłka podwiązano jego szypułę i odcięto; otwór zamknięto dwupiętrowym szwem. Otrzewnę ścienną na tylnej ścianie jamy brzusznej zeszyto szwami pojedynczymi. Ranę zamknięto warstwowo na głucho. Chory zniósł zabieg dobrze. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W 3 tygodnie po zabiegu chory wypisał się do domu w stanie dobrym.



Ryc. 3. Wycięty uchyłek (przypadek II).



Ryc. 4. Mikrofotografia z preparatu histopatologicznego uchyłka (powiększ. 60 x): Warstwa śluzowa nieźle rozwinięta; pomiędzy gruczołami tej warstwy widoczne drobnookrągłokomórkowe nacieki. Warstwa podśluzowa bardzo słabo rozwinięta. Warstwy mięsne wykazują jednolitość budowy, z zatarciem budowy włókien mięsnych oraz przerostem tkanki łącznej (przypadek II).

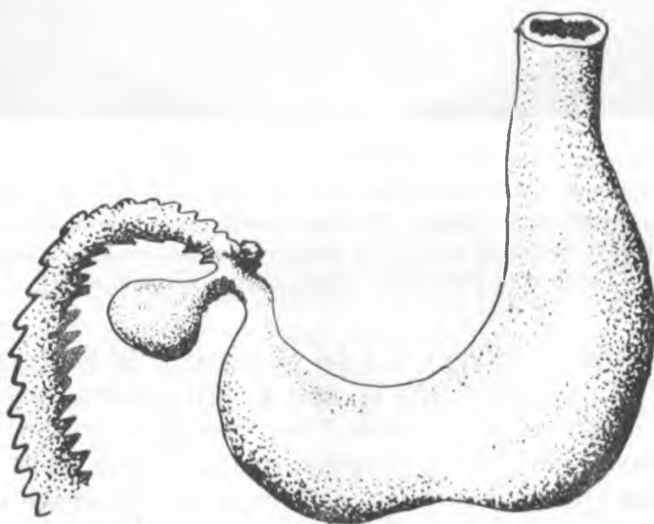
Przypadek III. Chory F. J. lat 47, robotnik. W Klinice przebywał od 24.III.52 do 19.IV.52 (Nr ks. operac. 466). Dawniej nie chorował. Obecne dolegliwości trwają około 2 lata. Początkowo miał bóle w dołku podsercowym, niezależnie od spożywania pokarmów. Bóle te trwały krótki czas i nie były uporczywe. Nie leczył się. Z biegiem czasu bóle występowały coraz częściej, zwłaszcza po spożyciu ciężej strawnych pokarmów, zwykle w 2 godziny po jedzeniu, były odbijania kwaśne, pieczenia, zgaga, a w ostatnich tygodniach wymiotował po każdym prawie jedzeniu. Leczył się ambulatoryjnie, poprawy jednak nie było, wobec tego skierowany został do Kliniki Chirurgicznej.

Chory budowy prawidłowej, odżywienia miernego. Płuca i serce bez zmian. Akcja serca miarowa, tętno 80/min. Język wilgotny, obłożony. Brzuch prawidłowo wysklepiony, powłoki wiotkie. Chory wyniszczony.

Badania dodatkowe: obraz krwi w normie (Hgb. 93%, czerw. c. 4.760.000, białych c. 6.600). Mocz bez zmian.

Prześwietlenie płuc: Przepona i pola płuc radiologicznie zmian nie wykazują. Serce w miernym stopniu przerosłe, aorta w normie.

Prześwietlenie żołądka: przełyk bez zmian. Żołądek na czczo pusty, nie opadnięty, stosunkowo dobrze toniczny. Odźwiernik w początkowej fazie badania okresowo spastyczny, w dalszym toku badania dla treści drożny. Odźwiernik w stosunku do podstawy opuszki dwunastniczej ekscentryczny. Opuszka dwunastnicy w centralnych partiach, oraz w okolicy *recessus medialis* bliznowato obkurczona. Tuż za odźwiernikiem od strony bocznej uchyłek wielkości orzecha włoskiego. Część zstępująca dwunastnicy prawidłowa. Opróżnianie żołądka prawidłowe. Rozpoznanie radiologiczne: wrzód dwunastnicy, uchyłek dwunastnicy oraz zrosty okołodwunastnicze.

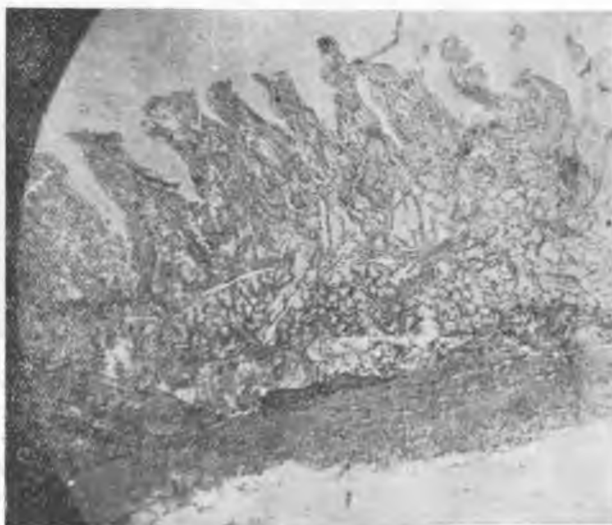


Ryc. 5. Przyp. III. Szkic rentgenowski żołądka i dwunastnicy: widoczny uchyłek z owrzodzeniem na granicy uchyłka i dwunastnicy.

Dnia 7.IV.52 w narkozie eterowo-tlenowej wykonano zabieg operacyjny. Cięcie w linii środkowej powyżej pępka. Żołądek normalnej wielkości, owrzodzenia nie stwierdza się. Tuż za odźwiernikiem od strony bocznej, w pierwszej części dwunastnicy widoczny uchyłek wielkości dużego orzecha włoskiego o dość szerokiej podstawie. Przy pal-



Ryc. 6. Przyp. III. Fotografia preparatu przedstawia przyodźwiernikową część żołądka z odźwiernikiem oraz początkową część dwunastnicy z uchyłkiem.

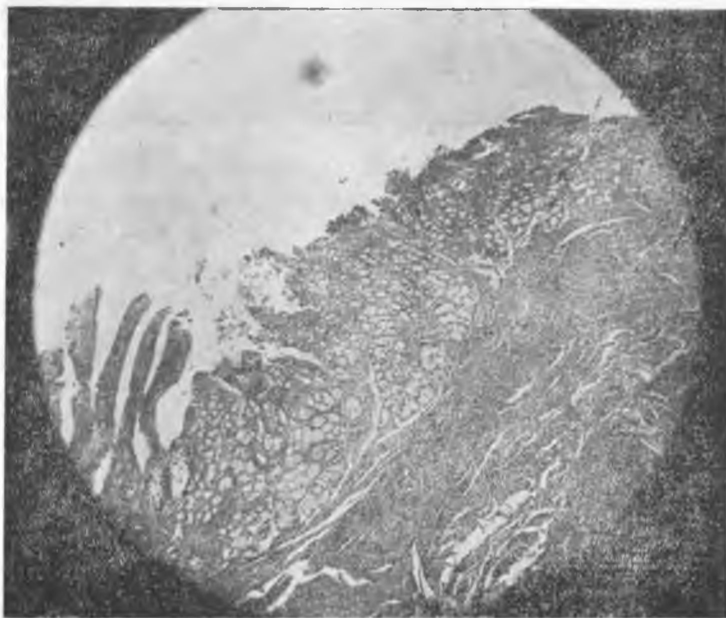


Ryc. 7. Przyp. III. Mikrofotografia ściany uchyłka: Błona śluzowa miejscami cienka, podśluzowej brak. Gruczoły Brunnera zachowane. Warstwa mięsna wewnętrzna w stanie zaniku, zewnętrzna również w stanie zaniku, obficie przerośnięta tkanką łączną (powiększ. 100 x).

pacji stwierdzono znaczne zgrubienie (bliznę) na granicy uchyłka i dwunastnicy. Dwunastnica w dużych zrostach z otoczeniem. Wobec tych zmian wykonano częściowo wycięcie żołądka i dwunastnicy z uchyłkiem sposobem Reichel—Polya. Przebieg pooperacyjny bez powikłań; po 2 tygodniach chory wypisał się do domu.

W preparacie po rozcięciu stwierdzono na granicy uchyłka i dwunastnicy małe owrzodzenie drążące w głąb.

Badanie histopatologiczne wykazało: na powierzchni śluzówki uchyłka drobne owrzodzenie. Śluzówka infiltrowana zapalnie. Uchyłek utkany z błony śluzowej z gruczołami Brunnera oraz warstw mięsnych w stanie zaniku.



Ryc. 8. Przyp. III. Mikrofotografia z miejsca owrzodzenia: Błona śluzowa wykazuje dobrze rozwinięte gruczoły Brunnera; miejscami w kosmkach błony śluzowej obfite nacieki okrągłokomórkowe. Na powierzchni błony śluzowej widać ubytek warstw powierzchniowych z nakładaniem się włóknika oraz mas rozpadowych (pow. 60 x).

Wnioski

1. Uchyłki dwunastnicy występują pojedynczo lub są mnogie. Usadawiają się przeważnie w drugiej części dwunastnicy, naj-

rzadziej w jej pierwszej części. Można je stwierdzić u 2—4% badanych radiologicznie przypadków.

2. Uchyłki dwunastnicy są przyczyną dolegliwości żołądkowych, zwłaszcza w przypadkach uchyłków mnogich, lub też w przypadkach jednocześnie występujących uchyłków dwunastnicy i uchyłków jelita czczego. Dlatego w każdym przypadku uchyłka dwunastnicy należy skontrolować najbliższą pętlę jelita czczego.
3. W przypadkach, w których leczenie zachowawcze nie daje poprawy, wchodzi w rachubę zabieg operacyjny, polegający na wycięciu uchyłka.

PISMIENNICTWO

1. Ackermann W. — Ann. Surg. Vol. 117, s. 403, 1943.
2. Barenbaum M. A. — Wiestnik Chirurgii Nr 5, s. 61, 1950.
3. Berezow E. Ł. — Chirurgia żełudka i dwienadcatipierstnoj kiszki. Gorki, 1950.
4. Chamberlain D. — Brit. J. Surg. Vol. 37, s. 83, 1949.
5. Chauvenet A. — Mémoires de l'Academie de Chirurgie. Vol. 67, s. 676, 1941.
6. Chomel, Morgagni, Fleischmann — Według Chamberlaina, poz. 4.
7. Czyżowski B. — Pol. Przegl. Chir. T. XXII, Nr 5. s. 840, 1950.
8. Forsell G. i Key E. — Według Chamberlaina, Brit. J. Surg. Vol. 37, s. 84, 1949.
9. Friedlaender G. — Brit. J. Radiol. Vol. 10, s. 26, 1937.
10. Garré, Küttner, Lexer. — Handbuch der Prakt. Chirurgie. Bd. III, s. 280. Stuttgart, 1923.
11. Girgoław S. S. i Lewit W. S. — Uczebnik Czastnoj Chirurgii. T. I, s. 249, 1946.
12. Guthrie D. i Brown M. J. — Amer. J. Surg. Vol. 40, s. 128, 1938.
13. Kirschner M. i Nordmann O. — Die Chirurgie Bd. V, s. 478. Berlin, 1927.
14. Morison H i Feldman M. — Ann. Clin. Med. Vol. 4, s. 403, 1925.
15. Nowicki W. — Anatomia Patolog. Szczegół. T. I, s. 545. Kraków, 1935.
16. Orłowski W. — Nauka o chorobach wewnętrznych. T. VI, s. 105. Warszawa, 1949.
17. Spriggs E. i Marxer O. H. — Quart. J. Med. Vol. 19, s. 75, 1925.
18. Ströde J. E. — Surgery. Vol. 18, s. 115, 1945.
19. Trawiński M. — Pol. Przegl. Chir. T. VI, Nr 2, s. 230, 1927.
20. Wankel P. — Ztbl. f. Chir. Jahrg. 76, H. 7, s. 456, 1951.

РЕЗЮМЕ

Автор описывает патогенез дивертикулов двенадцатиперстной кишки, подразделяя их на две группы: первичные и вторичные. Кроме того автор обращает внимание на факт, что хотя заболевание это встречается довольно часто. так как, судя по научной литературе, у 2—4% людей, однако оно не причиняет больным особых страданий. Вследствие этого распознавание дивертикула является иногда весма трудным. Точный и правильный диагноз возможен лишь на основании тщательных радиологических исследований после предварительного исключения всех прочых заболеваний двенадцатиперстной кишки.

По мнению автора дивертикулы следует лечить консервативно и только в тех случаях, когда обыкновенное лечение не дает положительных результатов, рекомендуется операция. Наиболее соответственным и целесообразным, по автору, является подвязка и удаление дивертикула.

В своей работе автор описывает три случая операционного лечения. Первый случай относится к больному 55 лет с дивертикулом локализированным в первой части двенадцатиперстной кишки. В просвете его находились два маринованных грыба, съеденных больным три месяца тому назад. (Фот. Нр. 1). Грибы полностью заполнили просвет дивертикула, давая на Р-грамме картину новообразования (полипа).

Второй случай относится к больному 55 лет. Дивертикул был локализирован в IV части двенадцатиперстной кишки.

Третий случай относится к больному 47 лет. В этом случае дивертикул был расположен в первой части дв надцатиперстной кишки и во время операции обнаружено в нем малое нагноение (микрофотография Нр. 8).

В первом и третьем случаях автор вынужден был произвести частичную резекцию желудка вследствие больших изменений в самом дивертикуле и его соседствие. Во втором случае была произведена подвязка и удаление дивертикула. Все три случая закончались полным выздоровлением.

SUMMARY

The author discusses the pathogenesis of duodenal diverticula, and classifies them into two varieties: primary and secondary. The fact that generally they do not give rise to clinical symptoms, though the frequency of their occurrence is usually determined as 2—4 per cent of the general population, is stressed. A diagnosis can only be made after a thorough and repeated x-ray examination, and provided that duodenal ailments have been ruled out.

The author is of the opinion that as a rule the condition is to be treated on medical lines and it is only in those cases which do not respond that the surgical treatment i. e. removal of the diverticula should be advised.

The author presents three cases operated by him. The first concerned a patient aged 55 with a diverticulum situated in the first portion of the duodenum of the size of the hen's egg. In the diverticulum were found two preserved mushrooms which the patient had eaten three months before the operation (Fig. Nr 1); mushrooms were found filling completely the diverticulum, and giving a clinical and roentgenological picture of a benign tumour (polypus).

The second case concerned a patient 55 years old; the diverticulum was placed in the fourth part of the duodenum.

The third case concerned a patient 47 years old. In this case the diverticulum was placed in the first portion of the duodenum. At the time of the operation in the diverticulum was found a small ulcer (microphotograph).

On account of extensive changes in the diverticulum and surrounding parts in the first and third case the author performed a partial resection of the stomach. In the second case he performed the resection of the diverticulum only. All three patients recovered.

Papier druk. sat. III kl. 90 g. Format 70 x 100 Ark. druku 1 i 1 str.
Annales U. M. C. S. Lublin 1953. Lub. Druk. Prasowa, Lublin, ul. Kościuszki 4. Zam. nr 4836. 24.III.53
1050 egz. A-4-13054 Data otrzymania manuskryptu 24.III.53. Data ukończenia druku 7.V.53.